

DÉCLARATION DU DEMANDEUR - À REMPLIR PAR L'ASSURÉ(E).

RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS EN DONNANT LE PLUS DE PRÉCISIONS POSSIBLES.

1. Nom et prénom de l'assuré(e): _____ 2. N°(s) de police(s): _____

3. Adresse: _____ N° de téléphone: _____
Adresse courriel : _____

Veillez fournir les renseignements suivants relativement à l'accident.

4. Je réclame pour : Amputation ou Perte d'usage totale et irrémédiable Membre : _____

5. Lieu de l'accident et adresse : _____

6. Date de l'accident : |—j—|—m—|— a — —| 8. Heure de l'accident : _____ A.M. P.M.

7. Description détaillée des circonstances de l'accident (lieu, condition, témoin) : _____

9. Noms des médecins consultés pour cet accident : _____

10. Y a-t-il une personne responsable de cet accident? Oui Non

Une tierce partie est-elle impliquée dans cet accident : Oui Non

Si oui, donnez les détails : nom et coordonnées : _____

JE CERTIFIE QUE LES DÉCLARATIONS FAITES DANS CE DOCUMENT SONT COMPLÈTES ET VÉRIDIQUES.

Signature de l'assuré(e) : _____ Date : |—j—|—m—|— a — —|

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT - DANS LE BUT DE NOUS PERMETTRE D'ÉVALUER LA DEMANDE DE FAÇON CLAIRE, IL EST IMPORTANT QUE VOUS RÉPONDIEZ À TOUTES LES QUESTIONS EN DONNANT LE PLUS DE PRÉCISIONS POSSIBLES.

1. Diagnostic : _____

Signes cliniques retrouvés à l'examen : _____

2. Date de la blessure : |—j—|—m—|— a — —| 3. Date de la première consultation : |—j—|—m—|— a — —|

4. L'accident s'est-il produit dans les fonctions de son travail? Oui Non Accident de véhicule Oui Non

5. Si les soins ont été prodigués à l'hôpital, veuillez donner le nom et l'adresse de l'hôpital et fournir des détails : _____

6. L'événement accidentel est-il l'unique cause de la perte? Oui Non

Si non, veuillez préciser la ou les causes qui y contribuent : _____

7. Perte de l'usage : Main Bras Jambe Paraplégie Hémiplégie Quadriplégie

7.1 L'accident a-t-il occasionné la perte totale et irrémédiable de l'usage ou la paralysie?

Dans l'affirmative, précisez : _____

7.2 La perte de l'usage ou la paralysie dure-t-elle sans interruption depuis 12 mois? Oui Non

8. PERTE D'UN MEMBRE - Veuillez indiquer à quel niveau l'amputation a été pratiquée.

Pour la main, svp identifier sur l'image le niveau de l'amputation :



- Perte : Bras
 Avant-bras
 Main
 Doigt
 Cuisse
 Jambe
 Cheville
 Pied
 Orteil

Date |—j—|—m—|— a — —|

9. PERTE DE LA VUE

9.1 L'accident a-t-il causé une perte totale de la vision? Oui Non

Dans l'affirmative, la perte touche-t-elle Les deux yeux? L'œil droit uniquement? L'œil gauche uniquement?

9.2 La vision peut-elle être améliorée? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez de quelle façon. Par un traitement Par une opération Par le port de verres

9.3 Veuillez indiquer quelle était l'acuité visuelle de l'assuré (e) avant l'accident. (ÉCHELLE DE SNELLEN)

Œil droit : _____ Œil gauche : _____

9.4 L'accident a-t-il causé l'ablation d'un œil? Oui Non

Dans l'affirmative, y a-t-il eu ablation Des deux yeux? L'œil droit uniquement? L'œil gauche uniquement?

9.5 Date de l'ablation : |—j—|—m—|— a — —|

9.6 Veuillez indiquer quelle est l'acuité visuelle actuelle de l'assuré. (ÉCHELLE DE SNELLEN) Œil droit : _____ Œil gauche : _____

10. PERTE DE LA PAROLE

10.1 Si l'accident a causé la perte totale et irrévocable de l'habileté d'émettre des sons intelligibles, veuillez préciser la date de cette perte :

|—j—|—m—|— a — —|

11. PERTE DE L'OUÏE

11.1 Si l'accident a causé la perte totale et irrévocable de l'ouïe dans les deux oreilles,

Veuillez, préciser la date de cette perte :

|—j—|—m—|— a — —|

11.2 Quel était le pourcentage de l'ouïe dans chaque oreille avant l'accident? Gauche : _____ Droite : _____

11.3 Quel est le pourcentage actuel de l'ouïe dans chaque oreille? Gauche : _____ Droite : _____

11.4 Le port d'un appareil auditif améliore-t-il l'ouïe? Oui Non

Veuillez joindre une copie de tous les rapports de consultation, protocole opératoire ou de réadaptation
pour éviter les délais dans l'étude de la demande de règlement.

IDENTIFICATION DU MÉDECIN

Nom, prénom : _____ (en lettres moulées) Téléphone : _____

Adresse : _____ Télécopieur : _____

N° de permis : _____ Omnipraticien Spécialiste, précisez : _____

Signature : _____ Date : _____

Votre patient(e) est responsable des frais engagés pour remplir le formulaire.